

Referentielaboratorium voor *LEISHMANIA*

GELIEVE DIT FORMULIER MET HET STAAL OP TE STUREN NAAR HET REFERENTIELABORATORIUM :

Dr. M. VAN ESBROECK

Instituut voor Tropische Geneeskunde - Klinisch Referentielaboratorium (KRL)

Kronenburgstraat 43/3 - 2000 Antwerpen (België)

Tel. : 03/247.64.45 / Fax : 03/247.64.40 / E-mail : mvesbroeck@itg.be

*GEGEVENS OVER LABORATORIUM DAT HET STAAL OPSTUURT

Naam verantwoordelijke :

Naam laboratorium :

Dienst :

Straat + nr. :

Postcode + Gemeente :

Tel. :

Fax :

E-mail :

KLINISCHE GEGEVENS

Cutane vorm

Mucocutane vorm

Cutane + mucocutane vorm

Viscerale vorm

Ontstaan (maand/jaar) :

PATIËNTGEGEVENS

*Naam :

*Geslacht : M V

*Geboortedatum (of leeftijd) :

Postcode of woonplaats :

Nationaliteit :

EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS

*Infectie vermoedelijk opgelopen in :

Land :

Plaats :

Andere endemische gebieden bezocht :

.....

Land van residentie :

Reden van reizen :

Migrant

Toerist

VFR (visiting friends and relatives)

Militair

Expat/ zakenreis

Medische behandeling in het buitenland

Andere :

Onbekend

GEGEVENS OVER HET STAAL

Identificatienummer :

Oorsprong :

Biopt Specifieer :

Beenmerg

*Afnamedatum :

*Staalname VOOR behandeling

TIJDENS behandeling

NA behandeling

Welke resultaten kan u van ons verwachten ?

1. Rechtstreeks microscopisch onderzoek
2. Real-time PCR (detectie *Leishmania* sp.)
3. Species identificatie (indien PCR positief is)

(*) verplicht in te vullen